

Résultats éleignés du traitement
chirurgical
de 56 cas de cancer du col utérin

(Statistique du D^r Viannay, de St-Etienne)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul ROUGY

Ancien Interne sup. des Hôpitaux de Lyon

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né à GRENOBLE (Isère), le 17 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

RESULTATS ELOIGNES DU TRAITEMENT
CHIRURGICAL DE 56 CAS DE CANCER
DU COL UTERIN
(Statistique du D^r Viannay, de St-Etienne)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 135

Résultats éloignés du traitement
chirurgical
de 56 cas de cancer du col utérin

(Statistique du D^r Viannay, de St-Etienne)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul ROUGY

Ancien Interne sup. des Hôpitaux de Lyon

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né à GRENOBLE (Isère), le 17 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.),

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, président; BONNET, assesseur

SANTY et DUNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



ALA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage d'infinie reconnais-
sance.

A MA FEMME

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Il fut notre premier Maître. En remerciement de son enseignement et de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

A NOTRE MAÎTRE, MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

En reconnaissance de tous les témoignages d'affectueuse sympathie qu'il nous donna si souvent.

A MES JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat (Lyon 1920-23)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROMENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN.

Internat (Saint-Etienne)

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RESULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT
CHIRURGICAL DE 56 CAS DE CANCER
DU COL UTERIN

(Statistique du D^r Viannay, de St-Etienne)

Introduction

Au moment où la lutte contre le cancer a cessé de préoccuper uniquement le milieu médical pour s'imposer à l'attention de toutes les classes dirigeantes, au moment où en battant en quelque sorte le rappel des moyens de lutte qu'offre la science actuelle pour combattre cette maladie, on a étudié simultanément et parfois même paru opposer la cure chirurgicale et le traitement par les moyens physiques des lésions cancéreuses, il nous a paru intéressant de contribuer un peu à l'étude des résultats éloignés qui peuvent être obtenus par l'intervention chirurgicale dans un des plus fréquents des cancers qui atteignent la femme : le cancer du col utérin.

Les 56 cas sur lesquels ont porté nos observations sont les opérées d'un seul chirurgien : Monsieur le Docteur Viannay, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

Ils ont tous été opérés à Saint-Etienne pendant la période qui s'étend de l'année 1907 à l'année 1925 et représentent la totalité des cas auxquels Monsieur le Docteur Viannay a appliqué le traitement chirurgical seul.

Il s'agit donc uniquement d'un travail de statistique qui n'a que le mérite d'être une statistique intégrale et s'étendant sur un laps de temps suffisamment long. Mais ce travail paraîtra incomplet pour des raisons indépendantes de notre volonté et que nous allons énumérer.

Les malades appartenaient toutes à l'agglomération stéphanoise et faisaient donc partie d'une population ouvrière se déplaçant facilement sans laisser d'adresse. Aussi, un petit nombre d'entre elles n'ont pu être retrouvées. Les unes ont été perdues de vue de suite après l'intervention. D'autres ont été revues une fois, deux fois, puis confiantes dans une guérison qu'elles estimaient à tort ou à raison définitive, n'ont plus donné de leurs nouvelles.

D'autre part, en ce qui concerne les malades décédées longtemps après leur sortie de l'hôpital, quelques-unes n'ont pas été vues au moment de leur décès. La famille n'a alors fourni que des renseignements vagues et nous avons dû rester dans le doute lorsqu'un témoignage médical nous a manqué. Disons de suite que ces malades ont été classées dans les récidives, sauf deux qui avaient survécu six et sept ans à l'intervention et qui, d'après les médecins traitants, ont succombé à des affections pulmonaires intercurrentes qui, autant qu'on puisse affirmer semblable chose,

paraissaient n'avoir aucun rapport avec la maladie qui nous occupe.

Enfin, l'hôpital de Saint-Etienne, avant la guerre, n'avait pas de laboratoire d'anatomie pathologique. Un certain nombre d'observations antérieures à 1914 ne comportent donc pas d'examen histologique. Les examens qui ont été pratiqués pendant cette période sont dus à Monsieur le Professeur agrégé Savy.

Quoi qu'il en soit, et malgré ces lacunes que nous avons tenu à faire remarquer dès l'abord, il nous a paru que ce travail statistique présentait cependant un intérêt certain à l'époque où le traitement du cancer et tout particulièrement du cancer du col par les moyens physiques : curiethérapie et rayons X a fait naître de nouveaux espoirs et où ces modes de traitement ont été comparés, adjoints, et parfois opposés à l'intervention chirurgicale.

L'hystérectomie abdominale élargie avec dissection préalable des urétères, dite opération de Wertheim, est une opération déjà ancienne puisqu'elle a été exécutée pour la première fois par Clark, de Philadelphie. Nous ne comptons pas comme première intervention l'hystérectomie pratiquée avec succès par Freund, en 1882, qui ne fut pas exécutée suivant la description que Rias, de Chicago, devait donner en 1895, au congrès de Francfort, de l'hystérectomie large.

Depuis, la question du traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus a souvent occupé les grandes assemblées chirurgicales; et il est de notre devoir de citer ici A. Pollosson qui fût au premier rang des chi-

rurgiens français dans cette lutte. Mais alors que dans les congrès d'avant-guerre, comme le congrès de chirurgie de 1899, ou le congrès de Bruxelles de 1908, l'hystérectomie était le seul traitement radical proposé, les grandes assemblées ou les sociétés ont dû depuis la guerre examiner comparativement les résultats acquis ou les espoirs permis par l'application à la cure du cancer du col utérin des moyens physiothérapiques dont l'emploi se généralisait et se réglait mieux chaque jour.

Depuis le V^e Congrès International de Chirurgie de juillet 1920, et le rapport qu'y fit Regaud, il n'est pas d'année où de nombreux chirurgiens n'aient publié les résultats qu'ils obtenaient par une des méthodes préconisées, ou la réunion de plusieurs d'entre elles, et indiqué leurs préférences. A ce Congrès même, Hartmann, Degrais, Pauchet indiquaient quelle allait être l'opinion de la majorité des chirurgiens, nous voulons dire l'emploi, soit séparé, soit simultané des deux méthodes, suivant les cas à traiter.

Le Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, en septembre et octobre 1921, marque probablement l'apogée des espoirs permis par la curiethérapie. C'est du moins l'impression qui se dégage des paroles de Hartmann, des examens histologiques apportés par Gagey, par Bailey. Des phrases furent prononcées dans le genre de celle-ci, durant la même année : « Des gynécologues, en nombre de plus en plus grand, ont tendance à abandonner le bistouri en présence d'un cancer du col opérable. » Les chirurgiens ont pu redouter pour

l'avenir la disparition de la belle opération, dite de Wertheim, il faut dire cependant que d'autres auteurs écrivaient de la curiethérapie : « elle rend opérables des malades qui ne l'étaient pas ».

Dans la *Presse Médical* du 1^{er} février 1922, Proust et Mallet examinaient, dans une revue générale, le traitement du cancer du col par l'hystérectomie, la radiumthérapie et la roëntgenthérapie. Ils écrivaient : « On peut penser à bon droit que la formule de l'hystérectomie élargie, quand ses indications sont bien précises, est rationnelle au point de vue de la survie prolongée, mais elle fournit un coefficient de mortalité qui n'est pas négligeable. » Examinant au contraire les résultats obtenus par les moyens physiques, ils insistent sur la décroissance rapide des guérisons radiumthérapiques, dès qu'on dépasse trois ou quatre ans à partir de leur application.

L'opinion de la majorité des chirurgiens préconise d'ailleurs l'utilisation à la fois des moyens physiques et chirurgicaux, soit en les associant, soit en réservant chacun à des indications qu'on s'efforce de préciser le mieux possible. C'est ce qui ressort de la discussion à la Société de Chirurgie, du 24 avril 1923, à propos des 30 malades traités par R. Monod, des thèses inspirées la même année à Mlle Baud et à Jamet. Certains auteurs semblent cependant avoir des préférences marquées. C'est le cas de Bégouin qui, dans une communication à la Société de Chirurgie de Paris du 30 janvier 1924, apporte une statistique du traitement du cancer du col par le Radium, d'où il ressort que dans les cas opérables, le Radium a donné 100 %

de guérisons cliniques. Il faut noter cependant que les cas les plus anciens dont il s'agisse ne datent que de deux ans au maximum, et que dans une statistique publiée par Douay, en février 1924, au bout de trois ans, six malades seulement survirent sur cinquante, traitées par l'application de trente millicuries pendant quatre jours.

D'autre part, Jean-Louis Faure apporte toute son autorité à la défense de l'hystérectomie abdominale élargie. Il s'attaque au principal grief qu'on ait formulé contre elle : le chiffre élevé de sa mortalité. Déjà, au Congrès de Gynécologie de 1922, il montre les excellents résultats de l'opération précoce : 15 guérisons persistantes sur 18 malades. A la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en décembre 1923, au Congrès de Chirurgie de Paris, de 1924, à l'Académie de Médecine, en octobre 1924, à plusieurs séances enfin de la Société de Chirurgie, il apporte les chiffres suivants : par l'emploi systématique du Mikulicz laissé en place jusqu'au 10^e jour, il est parvenu à abaisser la mortalité de l'opération à trois pour cent, pour soixante-sept cas consécutifs ; il espère ainsi obtenir des guérisons durables dans cinquante et quatre-vingt pour cent des cas. Dans ces conditions, il réserve l'emploi du Radium aux cas inopérables ou d'opérabilité très douteuse.

Enfin, au IV^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Regaud, Lacassagne, Monod et Richard présentant la statistique de l'Institut du Radium de Paris, pour les années 1919-1923, montrent que sur 362 malades traitées, 95, soit 26,2

pour cent, sont guéries au moment où ils parlent. Mais ils disent eux-mêmes que, probablement, en raison du moindre recul de temps, la proportion des malades guéries est moins grande dans les premières années que dans les dernières et, cependant, ils admettent qu'il ne faut réserver à la chirurgie seule que les adéno-épithéliomes du col, les cancers coïncidant avec une affection annexielle et les ratés d'une radiothérapie précédente. Mais au même Congrès, Bégouin, dont nous avons cité plus haut une opinion antérieure, dit son intention d'avoir dorénavant recours à la chirurgie dans les cas opérables.

Nous n'avons fait qu'un court historique de toutes les discussions de ces dernières années, suffisant seulement pour montrer que la chirurgie n'a perdu aucun de ses droits. C'est volontairement que nous avons été très incomplet, laissant par exemple de côté de nombreuses discussions sur l'hystérectomie post-curiethérapique, dont la faveur est restée grande, sur l'hystérectomie pré-curiethérapique, presque généralement proscrite. Rien dans ce travail n'aura, en effet, trait à ces discussions. Nous avons voulu apporter une faible contribution au bilan de l'opération sanglante. Nous ne pouvons comparer les résultats fournis par elle à ceux obtenus par les moyens physiothérapiques par le chirurgien qui nous a inspiré. Le recul suffisant pour juger les derniers nous fait défaut. Le modèle que nous nous sommes proposés de suivre, est la belle statistique publiée dans le *Lyon Chirurgical*, 1919, par A. Pollosson, qui fut suivie, à Lyon, par

celle que le même auteur donna en 1913, puis par celle de Violet, dans le *Lyon Médical*, 1919.

Il s'agira donc uniquement des résultats fournis par l'hystérectomie abdominale élargie, avec dissection préalable des uretères, dus à un même chirurgien qui la pratique depuis dix-huit ans.

Technique

La technique employée par notre maître, dans les 56 interventions qui font le sujet de ce travail, est à peu de choses près, celle qu'employait A. Pollosson, et qu'il lui avait vu pratiquer. C'est elle dont le maître lyonnais indiquait l'essentiel dans cette phrase qu'il écrivait en 1909 : « La condition fondamentale des
« opérations abdominales larges réside dans la dis-
« section des uretères dans tout leur trajet pelvien;
« cette condition est nécessaire pour pouvoir dépas-
« ser le cancer et enlever largement les tissus péri-
« utérins.

« L'ablation des ganglions malades néoplasiques,
« ou simplement tuméfiés, constitue le second point. »

De la première à la dernière de ces 56 interventions, elle n'a guère varié. Seule, peut-être, l'instrumentation employée a été très légèrement modifiée. C'est ainsi que la deuxième moitié a été pratiquée avec la valve à cadre de Jean-Louis Faure et Coryllos. Nous n'insisterons pas sur cette question, nous ne ferons que rappeler succinctement les principaux points auxquels le chirurgien qui nous a inspiré attache le plus d'importance.

La malade, placée en position déclive, le chirurgien à sa gauche, l'incision de la paroi abdominale fut verticale dans tous les cas, sauf un, où l'incision transversale fut employée. L'abdomen ouvert, la plaie, bordée de grandes compresses fixées par des pinces de Doyen, la valve à cadre placée, l'opération proprement dite commence, après une rapide inspection du petit bassin, qui a pour but de se rendre compte une dernière fois des conditions d'opérabilité.

L'utérus est pris dans une pince hystérolabe et attiré en haut, et de suite est pratiquée l'hémostase préventive. On lie le ligament rond ou on le sectionne, de même pour le ligament utéro-ovarien. Dans beaucoup de cas et surtout dans le cas d'annexités, on se débarrasse des annexes qui gêneraient ; l'utérus étant saisi au niveau de chaque corne par une pince de Kocher qui mord profondément sur le ligament large, au niveau de son insertion utérine. C'est ici, à propos de l'hémostase, que nous insisterons sur un point de technique. Notre maître, a presque toujours pratiqué la ligature des artères utérines et non la ligature des hypogastriques. Il agit ainsi parce qu'il redoute que la ligature de l'hypogastrique n'amène de l'ischémie du bassin, n'augmente le shock et enfin parce que dans bien des cas, pour la faire, il faut se rapprocher des gros troncs veineux qui sont la source des plus gros ennuis rencontrés pendant l'intervention. L'artère utérine est toujours liée contre la paroi pelvienne, aussi loin que possible, en dehors du point où elle croise l'uretère. Pour ce faire, le ligament large a été largement effondré.

On arrive alors au point le plus important de l'opération, la recherche et le dégagement des uretères, facilité souvent par l'emploi des écarteurs de Pollosson. Notre maître le recherche constamment à son entrée dans le ligament large, accolé à la face profonde du feuillet postérieur de ce ligament. Il est reconnu à son aspect de cordon d'un blanc jaunâtre, à son volume, à sa direction, aux veines qui l'entourent, à ses contractions vermiculaires enfin. Vient alors la libération de cet organe, souvent difficile lorsqu'il est englobé dans du tissu infiltré de néoplasme, puis on le repousse le plus loin possible vers le bas, avec la vessie, dont on a accentué le décollement. On sectionne alors avec précaution les tissus qui vont de la crosse de l'utérine à la corne vésicale. On dénude en avant le vagin aussi bas que possible.

Pour les ligaments utéro-sacrés qui limitent encore l'ascension de l'utérus, comme Lecène l'a bien montré dans le *Journal de Chirurgie* de 1910, n° 1, les deux faisceaux, l'un interne et superficiel, l'autre latéral et profond, sont saisis chacun par une pince et sectionnés successivement. L'utérus monte alors et le décollement recto-vaginal peut se compléter facilement. Les pinces placées sur les ligaments utéro-sacrés, sont toujours placées le plus loin possible en dehors de la zone indurée qui marque l'extension du cancer.

Notre maître s'est toujours servi des pinces de Gouilloud pour la section du vagin, et il s'est toujours efforcé de pratiqué l'ablation de la tumeur en vase clos, sauf lorsque l'extension imprévue du néoplasme empêchait la pose des deux étages de pinces.

La recherche systématique et l'ablation des ganglions situés sur les parois pelviennes dans la région de l'iliaque externe et surtout de la bifurcation de l'iliaque primitive, sont toujours pratiquées.

L'hémostase assurée, on place une mèche en Y dont les deux branches s'étendent dans les espaces cellulaires, parfois suintant, des ligaments larges, et dont l'extrémité sort par le vagin. Aucune de nos observations ne comporte l'emploi du Mikulicz, dont Jean-Louis Faure, comme nous l'avons dit plus haut, fait une règle. La péritonisation est donc faite au-dessus de la mèche. Mais souvent fut placé un gros drain abdominal, percé de trous à son extrémité inférieure. Le ventre est alors refermé par trois plans de sutures, consolidées par des crins d'appui placés à 2 ou 3 centimètres de chaque côté de la suture.

Incidents opératoires

Chez quelques-unes de nos malades, l'acte opératoire a été troublé par la présence de complications. On s'est trouvé une fois (Obs. 11), en présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. La malade a présenté, six mois après l'intervention, une récurrence vésicale.

On a rencontré huit fois des annexités volumineuses, unies ou bilatérales : deux malades sont mortes de shock ; l'une, après avoir présenté une hémorragie veineuse abondante (Obs. 28 et 14). Deux sont sorties de l'hôpital, puis ont été perdues de vue ; l'une, de suite (Obs. 35) ; l'autre, après 10 mois (Obs. 37). Deux ont récidivé (Obs. 7 et 52), dont l'une après 3 ans. La malade de l'observation 56 est encore récente. Celle de l'observation 40 s'est montrée bien portante 10 ans après l'intervention.

Parmi les accidents notés dans les comptes rendus opératoires, on remarque la fréquence relative des hémorragies graves, toutes d'origine veineuse, survenues chez des malades présentant des cancers d'opérabilité douteuse. Quatre ont été suivies de mort. La cinquième (Obs. 48), a été revue en bon état après 5 ans.

Pour les malades des observations 3 et 16, l'extension du néoplasme a conduit à la résection de l'uretère pour la première, à une cystectomie partielle pour la seconde, les deux ont succombé.

Enfin, deux perforations vésicales sont survenues pendant le cours de l'intervention : l'une, chez la malade de l'observation 21, qui présentait un bassin scoliotique, a été suivie de mort ; l'autre, sur une patiente qui n'avait pas été sondée avant l'intervention, qui est sortie de l'hôpital en bon état, et n'a pas été revue depuis. La deuxième de nos observations rapporte qu'il s'est produit, durant l'intervention, une déchirure de la portion sus-vaginale du col. La patiente a succombé le troisième jour.

La malade de l'observation 12, a subi une opération laborieuse, par suite d'une très vaste infiltration néoplasique, atteignant la paroi pelvienne des deux côtés. L'opérateur fut conduit à réséquer six centimètres de la veine iliaque externe, que l'examen histologique pratiqué a montré envahi d'éléments néoplasiques. La mort survint le jour de l'intervention. Nous profiterons de ce cas pour faire remarquer plus tard, combien largement furent posées, au moins pour les premières, les indications opératoires.

Suites opératoires

Les suites opératoires furent loin d'être toujours simples. Le *shock* fut de beaucoup la cause de mort la plus fréquente. Nous aurons l'occasion d'y revenir à propos de la mortalité. Nous n'avons cependant

jamais trouvé, du moins dans les observations qui comportaient cette remarque, d'opération ayant duré un temps très long : deux heures ou plus par exemple.

Une malade présenta, après une opération laborieuse, des signes d'infection urinaire grave, persistante. Elle ne fut revue qu'une fois après 18 mois, puis ne répondit jamais.

Nous avons noté quatre fistules vésico-vaginales. Une décéda le quatrième jour, une autre deux mois plus tard; la troisième fut perdue de vue. Une quatrième malade, opérée en 1910, pour un épithélioma malpighien avec envahissement des ganglions (examen du Professeur Agrégé Savy), présenta une fistule dont la cure radicale fut pratiquée en 1914. Elle est, à l'heure actuelle, en très bonne santé.

Notons encore un paroditite chez la patiente de l'observation 40, qui se portait bien 10 ans plus tard, une thrombose de la veine-cave inférieure et l'apparition d'une escharre sacrée profonde, dont la guérison nécessita des mois.

Observations

Nous allons présenter maintenant les observations. Nous le ferons brièvement, sous forme d'une tableau, pour la commodité de la lecture. Nous avons négligé à dessein l'étude des symptômes du cancer, ce travail ayant en vue l'étude de résultats.

Il est une lacune que nous avons déjà signalée, sur laquelle nous revenons : c'est l'absence d'examen histologiques dans une partie des observations, qui datent d'avant-guerre. De plus, beaucoup d'observations comportaient simplement la note : vérification histologique, sans mentionner la nature particulière du néoplasme. Nous n'avons pas retrouvé, dans ce cas, le compte rendu anatomo-pathologique original. Sur huit malades ayant présenté une survie supérieure à 5 ans, deux n'ont pas été l'objet d'examen histologique.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 1. D... Marie, 40 ans.	Col énorme avec vaste ulcération cen- trale.	23-7-07. Pas d'incidents.	Mort par choc 24 heures après l'intervention.
N° 2 P... Jeanne, 51 ans.	Col rongé par une ulcération térébrante qui gagne circulaire- ment les culs-de-sac.	3-12-07. Déchirure de la por- tion sus-vaginale du col à droite.	Mort par choc le 3° jour.
N° 3 P... Anne, 50 ans.	Vaste ulcération du col sans envahissement des cul-des-de-sac.	23-1-08. Incision de Pfan- nenstiel. Résection de 5 cm. de l'uretère droit et abouchement dans l'S iliaque.	Mort le 7° jour.
N° 4 G... François- se, 48 ans.	Epithélioma du col avec début d'envahisse- ment du cul-de-sac la- téral droit. Mobilité utérine conservée. Vérification histolo- gique.	13-12-08. Pas d'incidents.	Malade perdu de vue depuis son départ de l'hôpi- tal.
N° 5 S... Annette, 42 ans.	Epithélioma intra- cervical. Culs-de-sac non envahis. Examen histologique.	14-13-08. Pas d'incidents.	<i>Id.</i>
N° 6 F... Zoé, 45 ans.	Infiltration de tout le museau de tanche. Culs-de-sac libres. Utérus mobile.	8-4-08. Pas d'incidents.	23-11-08, culs- de-sac souples. Bon état général. 7-12-09: Etat lo- cal excellent.
N° 7 M... Rosalie, 45 ans.	Ulcération de la por- tion gauche du col. Utérus fixé en rétrover- sion.	13-6-08. Lésions d'annexite chronique.	Récidive dans la cicatrice vagi- nale. Mort fin no- vembre 1908.
N° 8 C... Jeanne, 35 ans.	Tumeur ulcérée de la portion droite du col. Culs-de-sac libres.	23-6-08. Pas d'incidents.	Urines purulen- tes. 10-8-1910 : Re- vue en excellent santé.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 9 G... Jeanne, 34 ans.	Gros col bourgeonnant.	9-8-08. Pas d'incidents.	23-4-09 : Récidive dans la cicatrice vaginale. Fulguration. Mort en octobre 1909.
N° 10 G... Philom. 50 ans.	Col bourgeonnant et ulcéré. Culs-de-sac non envahis. Utérus mobile.	11-7-08. Pas d'incidents.	27-1-19: Revue en excell ^{te} santé.
N° 11 G... Marguerite, 57 ans.	Vagin sénile, infundibuliforme. Col ulcéré bourgeonnant.	22-9-08. Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.	18-3-09 : Récidive vésicale.
N° 12 E... Marie, 46 ans.	Epithélioma du col envahissant tout le museau de tanche. Cul-de-sac latéral gauche et cul-de-sac postérieur envahis.	15-10-08. Wertheim laborieux par suite de l'infiltration néoplasique qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne. Résection de 6 cm. de la veine iliaque externe.	Mort par shock.
N° 13 M... Marie, 53 ans.	Epithélioma ulcéré du col. Mobilité utérine conservée. Examen histologique.	1-12-08. Libération laborieuse des ailerons utéro-sacrés, s'accompagnant d'une hémorragie abondante du côté des veines pelviennes.	Mort au 13 ^e jour de pneumonie double.
N° 14 P... Marie, 33 ans.	Epithélioma térébrant du col ne débordant pas sur les culs-de-sac, mais remplissant la cavité cervicale et ayant érodé les lèvres par dedans le cul-de-sac gauche peu souple. Mobilité utérine suffisante. Examen histologique.	3-4-09. Cul-de-sac de Douglas comblé par des adhérences de vieille annexite bilatérale.	Mort.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 15 C... Marie, 56 ans.	Lèvre postérieure du col tuméfiée et œdémateuse portant une petite ulcération. Utérus mobile. Epithélioma du type ectodermique (Savy).	24-7-09. Pas d'incidents.	Mort en 1915.
N° 16 B... Marie, 45 ans.	Col très large, aplati, induré. Ulcération de la lèvre antérieure. Col fixé. Mobilité relative du corps utérin.	13-11-09. Cystectomie partielle avec réabouchement des uretères.	Mort de choc 36 heures après l'intervention.
N° 17 C... Eugénie 48 ans.	Gros col bourgeonnant en chou-fleur remplissant la moitié supérieure du vagin. Culs-de-sac souples. Utérus mobile.	26-10-09. Pas d'incidents.	9-1-10 : Revu en excell ^{te} santé
N° 18 D.. François, 50 ans.	Col bourgeonnant, triplé de volume, saignant. Culs-de-sac souples, non envahis. Utérus mobile. L'examen histologique d'un ganglion prélevé montre une infiltration épithéliale massive.	23-12-09. Pas d'incidents.	Mort en 1916.
N° 19 M... Adrienne, 35 ans.	Lèvre antérieure du col porte dans sa portion gauche une ulcération à bords peu indurés, friable, saignant facilement. Culs-de-sac souples.	5-2-10. Pas d'incidents.	Mort 48 heures après l'intervention. La malade était porteuse de lésions d'insuffisance aortique.
N° 20 R... Anne, 68 ans.	Epithélioma végétant de la portion gauche du col, débordant sur le cul-de-sac correspondant. Examen histologique.	5-6-10. Pas d'incidents.	Fistule vésicovaginale. Mort en août 1910.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 21 M... Claudine, 47 ans.	Col bourgeonnant, saignant au moindre contact.	9-7-10. Intervention difficile en raison du bassin scoliotique. Perforation vésicale.	Mort de shock.
N° 22 P. Antoinette, 33 ans.	Large col bourgeonnant envahissant le vagin. Culs-de-sac libres. Utérus mobile.	24-8-10. Pas d'incidents.	24-4-11 : Revue en bonne santé.
N° 23 M... Louise, 32 ans.	Col bourgeonnant et ulcéré. Pas d'envahissement de la muqueuse des culs-de-sac, sauf à gauche, où il existe une induration postéro-latérale indiquant un début d'infiltration du paramètre. Examen histologique : épithélioma malpighien ; envahissement des ganglions.	22-10-10. Fistule vésico - vaginale.	En 1914, cure radicale de la fistule. En 1926, malade revue en bonne santé.
N° 24 F... Louise, 39 ans.	Epithélioma térébrant du col. Utérus mobile.	26-11-10. Fistule vésico - vaginale.	Malade perdue de vue à la sortie de l'hôpital.
N° 25 F... Maria, 42 ans.	Col bourgeonnant, ulcéré, saignant au moindre contact. Utérus mobile.	1-4-11.	Mort d'hémorragie.
N° 26 R... Antoinette, 40 ans.	Col bourgeonnant et ulcéré. Mobilité utérine conservée.	15-4-11. Pas d'incidents.	Récidive en août 1911.
N° 27 F... Joséphine, 36 ans.	Col volumineux avec une ulcération au niveau de son orifice externe. Utérus mobile.	5-7-11. Wertheim laborieux en raison de l'infiltration des paramètres et des adhérences à la vessie.	Récidive en février 1912 au niveau du bas-fond vésical.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 28 F... Blandi- ne, 45 ans.	Epithélioma saillant dans le vagin. Utérus peu mobile. Cul-de-sac gauche peu souple.	9-1-12. Intervention rendue difficile par suite de lé- sions d'annexite chro- nique. Hémorragie veineuse abondante.	Mort dans le 24 heures.
N° 29 F... Marie, 56 ans.	Col ulcéré, bourgeon- nant. Culs-de-sac non envahis. A l'examen histologique, épithéli- oma de type malpighien.	28-3-12. Perforation de la vessie non sondée avant l'intervention.	Perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.
N° 30 S... Adélaï- de, 51 ans.	Epithélioma téré- brant du col. Utérus en- core mobile. Examen histologique.	13-4-12. Pas d'incidents.	Perdue de vue après la sortie de l'hôpital.
N° 31 C... Etienn ^{te} 30 ans.	Col bourgeonnant, saillant dans le vagin, saignant au moindre contact. Utérus mobile.	30-4-12. Pas d'incidents.	Mort le 11 ^e jour
N° 32 D... Margri ^{te} 45 ans.	Col ulcéré, bourgeon- nant, avec envahisse- ment du cul-de-sac pos- térieur. Utérus relative- ment mobile.	10-6-12. Pas d'incidents.	Revient avec des signes d'oc- clusion et une ré- cidive vaginale.
N° 33 J... Aline, 60 ans.	Ulcération détruisant la portion gauche du col et empiétant sur le cul-de-sac gauche.	19-12-12. Pas d'incidents.	Perdue de vue à la sortie de l'hô- pital.
N° 34 R... Marie, 42 ans.	Col ulcéré, bourgeon- nant avec envahisse- ment du cul-de-sac gau- che.	26-12-12. Pas d'incidents.	Revue le 5 mai 1914 avec dou- leurs irradiées dans les membres inférieurs.
N° 35 C... Franci- ne, 31 ans.	Ulcération néoplas- ique entourant la lèvre antérieure du col. Vérification histolo- gique.	13-2-13. Opération laborieuse par suite de lésions d'annexite chronique surajoutées.	Perdue de vue à la sortie de l'hôpital.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 36 A... Marie, 35 ans.	Col énorme, végétant. Utérus assez mobile. Vérification histologique.	20-2-13. Pas d'incidents.	En mars 25, la malade est vue en excellente santé.
N° 37 T... Antoin ^{te} 39 ans.	Utérus en rétroversion avec gros col bourgeonnant, friable. Confirmation histologique.	24-6-13. Ablation préalable d'un hydrosalpinx droit.	2-4-14 : La malade est revue en bonne santé. Le vagin peu profond est cloisonné par des brides cicatricielles.
N° 38 T... Marie, 31 ans.	Ulcération détruisant en partie la lèvre postérieure du col. Utérus mobile.	31-7-3. Pas d'incidents.	Pas de renseignements après la sortie de l'hôpital.
N° 39 P... Marie, 58 ans.	Gros col ulcéré, bourgeonnant.	16-9-3. Pas d'incidents.	<i>Id.</i>
N° 40 C... Léonie, 53 ans.	Petit col sénile à lèvre antérieure indurée et saignante. Utérus fixé. Cul-de-sac droit peu souple.	13-1-14. Hydrosalpinx bilatéral.	Parotidite bilatérale. 6-1-19 : Revue en bonne santé. 2-3-24 : Revue avec un bon état général et un état local excellent. Cicatrice souple avec bride à gauche.
N° 41 A... Marg ^{te} , 41 ans.	Gros col bourgeonnant, ulcéré, remplissant le vagin. Culs-de-sac souples. Utérus mobile.	9-4-14. Pas d'incidents.	Malade perdue de vue après la sortie de l'hôpital.
N° 42 B... Joséphine, 59 ans.	Petit épithélioma de la lèvre postérieure du col d'aspect et de consistance squirrheuse. La tumeur paraît un peu adhérer au rectum. Vérification histologique.	18-2-19. Pas d'incidents.	Revue en bonne santé en mars 24 et en mai 25.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 43 S... Angèle, 42 ans.	Induration du col au niveau de sa lèvre postérieure sur laquelle on sent une végétation. Vérification histologique.	11-13-19. Amputation du col. 26-6-19. On complète l'hystérectomie.	Récidive en août 19.
N° 44 M... Marie, 52 ans.	Col ulcéré avec volumineux bourgeon sur la lèvre antérieure, friable, saignant facilement. Culs-de-sac non envahis. Vérification histologique.	Pas d'incidents.	Aucun renseignement depuis la sortie de l'hôpital.
N° 45 V... Elisabeth, 56 ans.	Volumineux fibrome utérin remontant jusqu'à l'ombilic. Ulcération de la lèvre postérieure du col. Vérification histologique.	12-6-19. Pas d'incidents.	Id.
N° 46 M... Marie, 48 ans.	Ulcération de la lèvre antérieure du col. Vérification histologique.	16-9-19. Fistule vésico-vaginale.	29-9-19 : Mort
N° 47 L... Franç ^{se} , 39 ans.	Gros col dur, décliné avec masses bourgeonnantes volumineuses et indurées. Induration du cul-de-sac postérieur. Utérus peu mobile. Vérification histologique.	3-9-20. Wertheim laborieux en raison du volume de la tumeur.	Mort.
N° 48 A... Jeanne, 52 ans.	Induration du col portant sur la lèvre postérieure. Orifice externe agrandi et ulcéré. Vérification histologique.	5-5-19. Wertheim laborieux en raison de l'infiltration néoplasique. Hémorragie veineuse.	Revue en bonne santé en mars 1924.
N° 49 Ch... Alice, 39 ans.	Ulcération de la lèvre postérieure du col. Vérification histologique.	11-3-19.	Mort.

NOMS	TOUCHERS	INTERVENTIONS	SUITES OPÉRATOIRES
N° 50 M... Marie, 44 ans.	Gros col bourgeonnant. Utérus encore mobile. A l'examen histologique, épithélioma baso-cellulaire.	10-4-19.	Mort.
N° 51 O... Sophie, 39 ans.	Gros col bourgeonnant et ulcéré. Utérus encore mobile.	8-8-13. Difficultés d'hémostase.	Mort par shock.
N° 52 P... Adèle, 43 ans.	Tumeur bourgeonnante de la face postérieure du col.	9-5-13. Lésions d'annexite bilatérale. Kyste tubo-ovarien droit.	Récidive en 1916.
N° 53 B... Louise, 49 ans.	Gros col bourgeonnant ulcéré.	27-6-11. Pas d'incidents.	Mars 12 : Récidive dans les ganglions iliaques.
N° 54 B... Margte, 45 ans.	Tumeur ulcérée de la lèvre antérieure du col. Vérification histologique.	14-10-11.	Mort le 27-10-11. Thrombose de la veine iliaque et de la veine cave inférieure.
N° 55 B... Jeanne, 30 ans.	Gros chou-fleur cervical, friable, saignant au moindre contact. Culs-de-sac libres, souples. Utérus mobile. Epithélioma de type malpighien .	15-1-25. Pas d'incidents.	Revue en bon état le 12-8-25.
N° 56 B... Lydie, 45 ans.	Col excavé. Les deux lèvres sont indurées et ulcérées. Les culs-de-sac sont souples. L'utérus est mobile. Vérification histologique.	23-7-25. Pas d'incidents. Dans la base du ligament large gauche, on enlève un cordon induré qui suit les vaisseaux utérins. On doit, en avant, tailler un peu le muscle vésical.	Suites normales. Revue en bon état en mai 1926.

Voici donc 56 observations échelonnées sur une période de 18 ans. Il ne nous reste qu'à laisser parler les chiffres.

De cette nomenclature un fait se dégage dès l'abord, c'est le nombre relativement élevé des malades décédées. Dix-huit malades ont, en effet, succombé aux suites de l'intervention, dans un laps de temps qui s'étend du premier au treizième jour. On a vu que le schock opératoire était la cause de la très grosse majorité des décès. Quatre ne lui sont cependant pas imputables. La malade de l'observation 13 a succombé le treizième jour d'une pneumonie double. On peut noter à ce propos qu'une abondante hémorragie veineuse s'était produite durant l'intervention. La malade de l'observation 19, présentait une insuffisance aortique, arrivée à la période de décompensation. Celle de l'observation 54, a présenté une thrombose de la veine-cave inférieure.

Si l'on se place au point de vue statistique, il appert que 31 % des malades opérées n'ont pas pu supporter l'intervention. Ce chiffre est élevé, mais il faut remarquer qu'il s'agit de tous les cas opérés par un chirurgien, dans le courant de sa carrière, depuis ses débuts.

D'autre part, la lecture des observations a suffi à montrer combien largement avaient été posées les indications opératoires. Ce n'est pas que nos observations relatent un très grand nombre de ces formes cavitaires intracervicales, ou térébrantes, dont E. Douay a fait remarquer la gravité. Ce n'est pas non plus qu'il s'agisse de malades chez lesquelles l'examen clinique montre un utérus peu mobile ou per-

met de sentir un paramètre, largement infiltré. Mais dans tous les cas, il s'agit de lésions néoplasiques macroscopiques, déjà ulcéreuses ou végétantes, décelables à un premier examen clinique. Pas une fois, on a eu affaire à une de ces malades soigneuses, inquiétées par le premier symptôme où un prélèvement a été nécessaire au diagnostic. Pour nombre d'entre elles, le toucher lui-même permettait d'affirmer que la lésion n'était déjà plus locale et que le paramètre était infiltré. On se rappelle, par exemple, le cas cité plus haut, où l'infiltration atteignait de chaque côté la paroi pelvienne et où l'examen histologique d'un fragment de veine iliaque réséquée, montre que la paroi veineuse était largement envahie. Tous les examens anatomo-pathologiques, malheureusement parfois omis, pratiqués sur des ganglions prélevés, les ont montrés envahis de cellules néoplasiques.

Le même chirurgien qui, dans les premières années sur lesquelles porte notre statistique, se montrait très interventionniste, a restreint depuis, assez considérablement, les indications opératoires qu'il pose. Il le faisait avant l'application du Radium au traitement du néoplasme.

Depuis la possibilité d'appliquer aux malades inopérables ou même d'opérabilité douteuse, la Curiethérapie ou la Rœntgenthérapie, surtout la première, le nombre des malades qu'il juge justiciables de l'opération sanglante a encore diminué dans de très fortes proportions.

Nous avons déjà exposé que 12 malades, sur 56 sorties en bon état de l'hôpital, n'avaient pas été

revues depuis, ou l'avaient été si peu de temps après, pour la dernière fois, qu'il est impossible d'en tenir compte pour la statistique qui va suivre.

Sur les malades qui restent et qui ont été suivies, onze ont présenté une récurrence de leur néoplasme. Presque toutes ces récurrences se sont produites durant l'année qui a suivi l'intervention. Trois seulement sur onze, ont dépassé cette limite. Il semblerait donc que les récurrences après le traitement chirurgical, sont relativement précoces, alors que Jean-Louis Faure et Proust signalent la fréquence particulière des récurrences tardives : « dès qu'on dépasse trois ou quatre ans après le traitement radiumthérapique ». Mais une de nos malades (Obs. 52) n'a présentée de signes de récurrence que trois ans après l'intervention. Avec l'opération dite de Wertheim, aussi, on peut avoir des récurrences tardives; il est donc préférable de ne parler de guérison que lorsqu'un temps supérieur à trois ans au moins s'est écoulé, et nous ne présenterons comme guéries, que des malades qui le sont depuis plus de cinq ans.

La localisation des récurrences observées n'a rien de bien particulier ; huit furent locales, si nous comptons parmi celles-ci une malade qui a succombé en présentant des phénomènes d'occlusion aiguë et dont la vérification nécropsique ne put être faite. Dans deux cas, il s'agissait nettement de récurrences ganglionnaires à forme de tumeur. Une malade enfin, présenta avant de succomber, des signes de paraplégie douloureuse, qui étaient très vraisemblablement dus à une métastase rachidienne.

25 % des malades suivies, ont donc vu récidiver leur cancer.

Voici enfin de quoi consoler un peu de cette longue énumération. Huit malades ont survécu et ont pu être examinées plus de cinq ans après l'intervention. Ces huit cas heureux, datent respectivement de :

16 ans.....	Obs. 23
11 ans.....	Obs. 10
10 ans.....	Obs. 40
7 ans.....	Obs. 18
6 ans.....	Obs. 15, 36 et 42
5 ans.....	Obs. 48

Deux cependant des malades, des observations 18 et 15, ont succombé 6 et 7 ans après l'opération. Nous avons déjà dit que ni l'entourage des malades, ni les médecins qui les ont soignées dans leur dernière maladie, n'avaient jamais joint d'un lien de cause à effet la maladie terminale et l'intervention chirurgicale qu'elles avaient subi plusieurs années auparavant.

Enfin, sept malades ont été revues plus ou moins longtemps après l'intervention, puis, se portant bien, ont jugé inutile de venir se soumettre à de nouveaux examens. Lorsque cette enquête a été faite, elles avaient changé de domicile depuis longtemps déjà. Il nous faut faire exception pour les malades des observations 55 et 56, qui sont des opérées récentes. Celles des observations 6 et 8 ont été vues, 20 et 26 mois après l'intervention, bien portantes.

Un peu plus de 18 % (18,18) de nos malades ont

donc été revues en bonne santé à des époques échelonnées entre 5 et 16 ans, après l'acte opératoire.

16 %, ont été revues à des moments plus ou moins éloignés, ne présentant aucun signe de récurrence, puis ont été perdues de vue.

Conclusions

I. — Nous avons étudié, dans ce travail, les résultats du traitement du cancer du col utérin par l'hystérectomie abdominale élargie, avec dissection des uretères, dite « Opération de Wertheim ».

Cette statistique, est la statistique intégrale d'un seul chirurgien.

Nous avons voulu apporter une contribution au bilan de l'opération sanglante, laissant volontairement de côté les cas traités par ce même chirurgien par la Curiethérapie seule, ou associée à l'opération de Wertheim.

II. — Les résultats de cette opération ont été :

Mortalité : 31 %.

Récidives dans les trois premières années : 25 %.

Malades vues en bonne santé, au maximum, au bout de deux ans, puis perdues de vue : 16 %.

Guérisons durables, datant de 5 à 16 ans : 18 %.

Ces trois derniers chiffres s'entendent, défalcation faite des malades perdues de vue, dès leur sortie de l'hôpital.

III. — Assurément, la mortalité est élevée, mais on peut compter, pour l'avenir, sur un abaissement considérable de cette mortalité, par suite de l'amélioration de la technique, due :

a) A l'expérience croissante d'un même chirurgien, à mesure que sa pratique s'étend.

b) A l'emploi systématique du Mikulicz, préconisé par Jean-Louis Faure.

c) Au choix plus sévère des cas opérés, les cas d'opérabilité douteuse devenant justiciables de la Curiethérapie.

IV. — Cette statistique montre que l'opération de Wertheim est capable de guérir de façon probablement radicale, le cancer du col utérin. Il ne semble pas qu'on puisse encore être aussi affirmatif à propos des différentes méthodes physiothérapiques.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	PATEL.

Pour le Doyen : L'Assesseur,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 23 Mai 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

Mlle BAUD. — *Thèse de Paris*, 1923.

BEGOUIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, avril 1924.

— *Congrès International de Chirurgie*, juillet 1920.

— *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1924.

— *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française*, 1921 et 1925.

DEGRAIS. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1919, p. 624.

DONAY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1924.

J.-L. FAURE. — *Cancer de l'utérus. Bibliothèque du Cancer*, 1925.

— *Bulletin de l'Académie de Médecine*, décembre 1920.

— *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, décembre 1923.

— *Bulletin de l'Académie de Médecine*, octobre 1924.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, avril 1923.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1924, p. 613.

J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*, 1919.

JAYLE. — *Revue de Chirurgie*, 1908, p. 1008.

JAMET. — *Thèse de Paris*, 1923.

LECÈNE. — *Journal de Chirurgie*, 1910, n° 1.

POLLOSSON Aug. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1905.

— *Lyon Chirurgical*, 1909, 10 février.

PROUST et MALLET. — *Presse Médicale*, 1922, n° 1.

PROUST et MAURER. — *Journal de Chirurgie*, août 1913.

MOSSE. — *Presse Médicale*, février 1924.

— *Médecine Internationale*, juillet 1923.

VIOLET. — *Lyon Médical*, 1919, p. 544.

WERTHEIM. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Paris, 1913, p. 502.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Technique.....	17
Incidents opératoires	21
Suites opératoires.....	22
Observations.....	25
Conclusions.....	39
Bibliographie	41
